Reunião, Análise, Difusão de Informação sobre Saúde

RADIS súmula 12

Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

Ano II/Junho de 1985

REFORMA MINISTERIAL

Unificação em debate

Há alguns anos encontram-se, no bojo das discussões sobre a Política de Saúde, propostas que apontam no sentido da constituição de um Sistema Único de Saúde, que resolvesse questões fundamentais colocadas pela separação histórica assistência médica/ações preventivas, e que possibilitasse um melhor atendimento de saúde à população.

Esse debate atravessou várias conjunturas, desde a reorganização do setor pretendida através de um instrumento legal (lei do Sistema Nacional de Saúde – 1975), até desembocar no momento que ora vivemos, onde as questões dos direitos da população, dos deveres do Estado e da participação democrática norteiam e balisam as propostas de reorganização e reformulação setorial.

Nunca antes, entretanto, a atualização desse debate foi mais urgente. Com a posse do novo governo, a criação do sistema único, traduzida pela unificação das instituições especificamente ligadas à saúde sob a égide de um único Ministério, é assunto da maior importância na pauta política.

A comissão que elaborou o programa de ação do Governo Tancredo Neves, conhecida como COPAG, havia feito as seguintes sugestões quanto à unificação do sistema de saúde:

a) Organizar o Ministério da Saúde para que possa efetivamente ser o coordenador do setor, vinculando a ele o INAMPS e a CEME, sem alterar entretanto o caráter previdenciário desses órgãos. Essa transferência seria executada pelo Poder Executivo, através de decreto presidencial.
b) Descentralizar o poder decisório no que toca à gestão dos recursos financeiros, privilegiando as respectivas instâncias federais, estaduais e regionais, e democratizar essa gerência através da instituição de conselhos deliberativos constituídos por representantes dos trabalhadores, dos empregadores, dos profissionais de Saúde e do Estado.
c) Fixar os recursos do SIMPAS a serem destinados ao INAMPS em pelo menos 25% (o que representa a média da tendência histórica dos gastos da Previdência com a assistência à saúde).
d) Melhorar e ampliar a capacidade instalada.
e) Transformar a CEME em empresa pública, retomando seu caráter de promotora da pesquisa no setor de insumos básicos para a produção de produtos farmacêuticos.
f) Destinar maior parcela de recursos arrecadados por impostos para os gastos em saúde, visando a atingir 80% do PIB no quadriênio.

A Proposta do Ministério da Saúde

O básico das propostas da COPAG estão em concordância com aquelas feitas pelo Ministro da Saúde, Deputado Carlos Sant' Anna, que afirma a necessidade de repensar toda a saúde no Brasil, colocando-a como um direito da cidadania. O novo Ministro disse que sua administração buscará prevenir doenças e promover o bem-estar e tem, também, como prioridade a extensão da assistência médica a toda a população.

Segundo o Ministro da Saúde é dever do Estado universalizar a assistência à saúde, de tal modo que todo brasileiro, de qualquer canto do país tenha a mesma qualidade de atendimento.

Para isso, considera necessário definir critérios para alocação de recursos, levando em conta as necessidades de saúde do país como um todo. Lembra ser o Brasil um país pobre com perfil nosológico que requer serviços de saúde que atendam a diversos níveis de necessidades, distribuídos de forma igualitária e acessível. O que se gasta hoje com procedimentos mais sofisticados, como hemodiálise ou tomografias computadorizadas, voltados para o atendimentos de populações urbanas de maior renda, supera em muito os gastos com serviços destinados aos atendimentos de necessidades básicas de saúde.

Dentro desta perspectiva, o Ministro considera imprescindível a integração de todos os serviços de saúde prestados em níveis municipal, estadual e federal, de modo a criar um sistema único no país. Nesta perspectiva, a transferência do INAMPS e da CEME se coloca como fundamental: "Como o Ministério da Saúde pode definir a Política Nacional de Saúde se a assistência médica é feita por outro Ministério?" – indaga Carlos Sant'Anna. Explicou que, ao longo dos anos, "as ações de saúde ficaram fragmentadas". As atribuições do Ministério da Saúde, definidas por lei, se concentram em ações preventivas e cuidados básicos de saúde; ao Ministério da Previdência e Assistência Social compete a assistência médica e a política de medicamentos; os hospitais universitários são do Ministério da Educação, o Saneamento Básico está a cargo do Ministério do Interior e a Medicina do Trabalho, do Ministério do Trabalho. São responsabilidades do Ministério da Saúde ainda a pesquisa científica (FIOCRUZ), algumas ações de assistência à saúde, principalmente no Amazônia e nas fronteiras (FSESP), e o combate às endemias, a cargo da SUCAM.

Como está a Previdência

Para o Ministério da Previdência Social, Waldir Pires, a questão da unificação requer uma reflexão cuidadosa. Afirma que, antes de qualquer aprovação pelo Congresso, o projeto unificador "deve ser discutido pelas entidades médicas, sindicatos de trabalhadores, empresários e pela inteligência nacional", além de merecer ser objeto de discussão em nível da Assembléia Nacional Constituinte, pois uma reformulação desse porte implica em modificações profundas na atual estrutura e envolve tomadas de decisão que dizem respeito aos direitos conquistados pelos próprios previdenciários. Não a rejeita a princípio, mas defende que mesmo envolvendo aspectos técnicos da maior relevância o assunto exige uma decisão, sobretudo, política.

A realidade que enfrenta no Ministério da Previdência e Assistência Social é bastante árdua. Nos primeiros meses de governo, dedicou-se a desvendar o número real do rombo do sistema previdenciário, que até o final do ano chegará aos Cr$ 8 trilhões (em vez dos 1,9 trilhões anunciados por seu antecessor, Jarbas Passarinho), e a conferir os volumosos números da Previdência Social e o seu sistema de controle de informações e de contas.

Para inaugurar o novo cargo, Waldir Pires recebeu, no primeiro dia de governo, a visita do superintendente da Polícia Federal de São Paulo, Delegado Romeu Tuma, acompanhado do diretor-geral do Departamento de Polícia Federal e começou a se familiarizar com um dos maiores pesadelos do Ministério: as fraudes contra o INAMPS e o INPS – que ultrapassam Cr$ 1 trilhão – e o rombo do sistema.

A sangria no Ministério da Previdência – observou o Ministro – é enorme. Daí a necessidade de estudarmos melhor os mecanismos de arrecadação, moralizando-os e emprestando-lhes seriedades.

No que diz respeito à apuração das fraudes, com listas de nomes dos envolvidos, o Ministro promete responsalização penal não só para os humildes como também para "os engravatados". Para combatê-las e para a moralização subseqüente do sistema, a Previdência vai utilizar seu sistema eletrônico e tem a intenção de, após processar as contas hospitalares, selecionar uma amostragem de segurados atendidos e enviar-lhes uma carta solicitando que confirmem o atendimento referido no laudo hospitalar. Povo e eletrônica trabalhando juntos para evitar fraudes, diz o Ministro.

Pelo lado do déficit, existe a procura de soluções que aumentem o orçamento previdenciário. Todas elas deverão seguir um princípio básico: o estabelecimento de mecanismos que apontem para a redistribuição da renda nacional. As modificações propostas atingem principalmente as empresas, através do aumento da alíquota ou da introdução da taxação sobre o faturamento bruto. Caso a taxação extra das empresas não seja suficiente, é possível que haja uma majoração das alíquotas para os assalariados, mas somente os de alto poder aquisitivo.

Esta majoração basear-se-ia no modelo francês de contribuição previdenciária, onde pessoas físicas com renda elevada são obrigadas a pagar uma taxa de 1% do Imposto de Renda para a Previdência. Assim, Waldir Pires acredita poder atingir dois pontos ao mesmo tempo: diminuir o déficit e inverter o padrão concentrador e desigual vigente na Previdência Social.

Qualquer nova proposta de reformulação, porém, deverá ser submetida ao Congresso Nacional sob forma de projeto-de-lei e não de decreto-lei como ocorreu em 1981.

Paralelamente, o Ministério está estimulando e promovendo o "repensar a Previdência" da forma mais ampla e participativa possível, através de discussões com trabalhadores, segurados, inativos, intelectuais e empresários.

Revendo a Unificação

O processo de familiarização do Ministro da Saúde e da Previdência Social com os problemas das respectivas pastas sob suas responsabilidades e as medidas de reorganização de seus respectivos Ministérios são permeados pelo debate sobre a unificação.

Na resolução nº 01/85, de 28 de maio, o Congresso Nacional delegou poderes à Presidência da República para elaboração de lei reestruturando os Ministérios da Saúde e Previdência e Assistência Social. A lei delegada deverá restringir a atuação do Ministério da Previdência Social aos problemas previdenciários e outorgar ao novo Ministério da Saúde Pública e Assistência Social a responsabilidade normativa e executiva "por toda a Política Nacional de Saúde em seus aspectos preventivos e nos de assistência médica em todos os níveis". Para isso, o novo Ministério incorporaria em sua estrutura original o INAMPS, o Conselho Nacional de Serviço Social (atualmente subordinado ao MEC), a CEME e outros órgãos que se fizerem necessários. O referido projeto de lei delegada deverá ser remetido à apreciação do Congresso. Vale lembrar que o projeto de reestruturação dos Ministérios já havia sido encaminhado ao Poder Legislativo em 1980, pelo Deputado Carlos Sant'Anna, atual Ministro da Saúde.

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, no documento "Assistência à Saúde numa Sociedade Democrática – Constribuição para o Debate" (1984), defende que a conjuntura em que se vive no Brasil exige que o Estado assuma a responsabilidade de garantir serviços de boa qualidade e que atendam às necessidades de saúde e às expectativas de toda a população, como principal compromisso de um governo democrático. Alcançar este objetivo pressupõe, entretanto, mudanças que, embora tenham uma dimensão técnica, são mudanças fundamentalmente de natureza política e remetem à questão básica do poder, de como estão estruturados os mecanismos decisórios através dos quais se definem as políticas gerais e setoriais. Afirma ainda: "Grande parte do debate sobre as reformulações da assistência à saúde consome-se hoje na discussão da reformulação institucional do setor. Discute-se muito a fusão ou não do INAMPS com o Ministério da Saúde, como se uma simples reforma administrativa tivesse o papel mágico de solucionar as graves dificuldades que todos reconhecem. Embora a multiplicidade de instituições descoordenadas entre si, com ações paralelas e superpostas, seja em grande medida responsável por seu desempenho insatisfatório e uma reforma no sentido de introduzir uma maior racionalidade na organização institucional seja uma necessidade inegável, tal medida não pode ser vista isoladamente. Além dos aspectos econômicos e daqueles relativos ao modelo assistencial, já se coloca a questão de adequar a gestão do setor saúde à perspectiva de implantação de um regime democrático no país. A maioria dos problemas e distorções apontadas decorrem da exclusão de amplos setores sociais da participação nas definições de políticas de saúde e no controle de sua implantação. Os canais hoje existentes permitem a influência e imposição de interesses restritos a determinados grupos, notadamente as elites privilegiadas e certos setores dos prestadores de serviços e produtores de insumos. A abertura de canais que permeabilizem o aparelho de Estado a uma influência mais ampla da sociedade implica necessariamente na reversão da tendência de centralização econômica, administrativa e financeira estimulada pelo regime autoritário. A reforma institucional deve, portanto, contemplar uma maior descentralização do processo decisório, administrativo e financeiro do setor. Essa descentralização não se deve restringir aos limites do Executivo, devolvendo aos Estados e Municípios a possibilidade de definir formas de atendimento adequados às suas necessidades, mas também incorporar o legislativo em todos os seus níveis enquanto representação política da sociedade no aparelho do estado".

Nessa perspectiva, o processo amplo de discussão que culminaria na Assembléia Nacional Constituinte se reveste de importância crucial, pois significa a possibilidade de formação de uma "consciência sanitária" nacional, a elaboração de propostas técnicas viáveis e a real representação dos interesses da população, garantindo na nova Constituição o direito do cidadão à saúde e o dever do Estado de propiciá-lo através da unificação do sistema.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Arouca promete democratização, austeridade e gestão coletiva

Gestão coletiva, austeridade, democratização interna, liberdade de investigação, administração a serviço dos pesquisadores, docentes e tecnólogos, participação efetiva da instituição na reorganização do Programa Nacional de Saúde – estas são as principais propostas do sanitarista Sergio Arouca, que foi empossado na Presidência da Fundação Oswaldo Cruz, com um discurso em homenagem "aos pesquisadores cassados de Manguinhos" e aos políticos "que permitiram reintegrar e entregar de novo na mão do povo brasileiro a construção dessa Nação." Seguem-se trechos do discurso de posse do novo Presidente da Fiocruz:

"(...) Fazemos questão de salientar que, na realidade, quem está chegando à Presidência da Fundação Oswaldo Cruz, nesse momento, é o mesmo movimento que, tomando as ruas deste País, permitiu que fosse decretada a Anistia, permitiu que se levantasse a bandeira das eleições diretas. Movimento que acompanhou os passos do Presidente Tancredo Neves até a Presidência da República, responsável pelo maior gesto de drama coletivo desta Nação ao acompanhá-lo em sua morte e que, atualmente, prepara-se para a construção deste País.

Na realidade, acreditamos que nada mais somos do que representantes desse movimento, sua materialização aqui na Fundação Oswaldo Cruz. Não pretendemos, em nenhum momento, entender que a Presidência da Fiocruz tenha sido obtida por méritos pessoais, mas, sim, por termos, talvez, conseguido expressar um pouco a voz desse movimento, ao colocar uma questão que hoje é fundamental e que volta a ser apresentada aqui, diante da comunidade de Manguinhos. Já há algum tempo, nas reuniões da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, nos encontros os mais variados que aconteceram neste País, acreditávamos, de forma bastante convicta, que primeiramente se implantasse a democracia e, em conseqüência, a questão da saúde no Brasil seria tratada com relevância.

As políticas de saúde equivocadas, privatizantes, levaram à criação desse modelo perverso de serviços de saúde, que não atendem às necessidades da população e nem à dignidade do exercício profissional. Essa política social concentradora, excludente, perversa tinha que ser mudada; e para que isto acontecesse, a mudança deveria partir do plano político pela reconquista da democracia. E, portanto, consideramos que, para a questão de saúde, a democracia era fundamental.

Programa

(...) Foi nesse sentido que participamos com grandes companheiros que vemos hoje aqui, entre eles, o próprio Secretário Geral do Ministério da Saúde, os Secretários de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e do Rio de Janeiro, pesquisadores e professores da faculdade de Manguinhos, de um movimento que, partindo do princípio da democratização do serviço de saúde, buscou definir novas políticas. Acreditamos que esse movimento, vitorioso com a reconquista da democracia neste País, conseguiu também, pela primeira vez, colocar esses princípios em um Programa de Ação de Governo, aquele que seria o programa do Governo de Tancredo Neves. Isso foi conquistado num conjunto de debates com associações de classe, profissionais de saúde, parlamentares, secretários municipais de saúde, economistas etc. E, no Simpósio Nacional de Saúde, organizado pela Comissão de Saúde do Parlamento, que resultou, ao final, na elaboração desse programa. É um documento que acreditamos fundamental e básico, já que propõe uma reorganização completa do sistema nacional de saúde, a partir de definições de princípios, que consideramos que a cada momento devam ser reafirmados.

O primeiro deles é que *a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado* e deve ser cobrado ao Estado que não propicia esse direito; deve ser dado a todo o cidadão do Brasil o acesso de uma maneira igualitária, justa e humana ao serviço de saúde, sem que se leve em conta o seu poder econômico; os serviços de saúde devem ser distribuídos de uma maneira mais justa por todo o território nacional; o cidadão brasileiro deve ser assistido de uma forma digna em qualquer lugar em que seja atendido; e deve ser dado a todos os profissionais que trabalham nesse sistema a maior dignidade no exercício profissional. Acreditamos ainda que toda essa política só pode ser conseguida a partir de um longo processo de democratização interna do sistema de saúde, abrindo as possibilidades de participação de todos os interessados em sua gestão.

Gestão Coletiva

Aqui chegamos, nós, companheiros da Fundação Oswaldo Cruz, para fazer com que Manguinhos esteja presente na implementação desse programa, como já foi um grande participante em sua definição. Ao dizer *nós*, não estou usando simplesmente o coletivo para significar uma pessoa, estou empregando *nós* para afirmar que a gestão da Fundação Oswaldo Cruz será fundamentalmente uma gestão coletiva, que os colegiados serão absolutamente representativos e ouvidos; que os pesquisadores terão a voz e o direito de participar na definição das diretrizes desta Casa; que se abrirá a toda pessoa que trabalha nesta Instituição a possibilidade de se fazer ouvir. A gestão coletiva, para nós, não é uma palavra falsa, vazia; pretendemos que ela se materialize no primeiro dia de nosso trabalho. Esta Casa será aberta a todos que nela trabalhem, para que possam dizer o que pensam e a que vieram. Não nos pretendemos onipotentes, prepotentes em nosso conhecimento. Faz parte da gestão coletiva admitir que, ao dirigente, é impossível o conhecimento de todos os aspectos na direção de uma instituição tão complexa como esta. A nós cabe muito mais a humildade de escutar, procurando tomar o melhor caminho. Cabe-nos ouvir a todas as pessoas e permitir que todos os canais de comunicação sejam abertos.

Enfim, pretendemos, aqui na Fundação Oswaldo Cruz, realizar um amplo processo de democratização interna, que inevitavelmente passará, inclusive, por repensar o nosso próprio *campus*. Este *campus* deve ser tomado pelos pesquisadores, pelos tecnólogos, pelos funcionários. Devemos criar neste local tão lindo em que vivemos, um espaço de convívio o mais possível, para que possamos nos encontrar, funcionários, pesquisadores, olho no olho, como acontecia na época de Oswaldo Cruz. Temos de recuperar esse espaço para a convivência democrática, mas sabendo, também, que aqui perto, como vizinha, nos olhando de uma forma vigilante, está a favela, que não deixará que esse convívio se faça sem que esteja muito presente, em nosso trabalho, o compromisso social.

Liberdade de pesquisa

Em segundo lugar, companheiros, pretendemos que esta Fundação tenha uma participação definitiva na implantação da política de saúde neste País, levando ao máximo a possibilidade da realização de investigação nesta Casa. Isto se fará de uma maneira que consideramos extremamente simples: respeitando a própria tradição desta instituição e os pesquisadores; concedendo-lhes a mais pura e legítima autonomia e liberdade de pesquisa, mas colocando – isso sim é um compromisso que torno público – a administração a serviço dos pesquisadores e dos professores. Já fizemos esse compromisso antes em outros debates, mas gostaríamos, de novo, de fazê-lo aqui, para que vocês possam nos cobrar no instante em que, a qualquer momento, existir uma vacilação de nossa parte.

Não será gasto um tostão desta Instituição em nada que seja supérfluo, enquanto faltar qualquer condição mínima de trabalho a um pesquisador desta Instituição. Não existirá nada de supérfluo em nenhum lugar, enquanto esta Casa não tiver condições dignas de ensino. Enquanto nas enfermarias de nossos hospitais, os pacientes não forem tratados da maneira a mais correta, humana e técnica, nada será gasto de supérfluo.

Os objetivos finais desta Instituição serão os nossos compromissos: a produção do conhecimento científico e a produção de tecnologia, a produção de medicamentos, a formação de recursos humanos, enfim, é a divulgação do melhor conhecimento possível. Estes constituem o nosso objetivo final. Todo o resto deverá estar e vai estar à disposição disto. A administração da Fundação Oswaldo Cruz vai tentar garantir, dentro desta situação de crise em que estamos vivendo, todas as condições possíveis para que o pesquisador possa realizar o melhor dentro deste País e o melhor exigido em termos de nossa comunidade científica. Não cremos que seja necessário cobrar do nosso pesquisador um compromisso social. Acreditamos que é inerente à criação científica o ato de liberdade e, portanto, esse ato de criação fará inevitavelmente com que os nossos pesquisadores tenham esse compromisso social.

Conjunção inovadora

Em terceiro lugar, acreditamos que Manguinhos foi criado numa conjunção extremamente inovadora desde o seu início. Aqui temos a possibilidade de, no mesmo espaço, compor a produção científica, desde o conhecimento básico – que deverá voltar a ser privilegiado nesta Fundação, da mesma forma que o conhecimento aplicado – com a produção direta e toda a sua lógica, de medicamentos, de tecnologia e, somando-se a isto, a formação de recursos humanos e a prestação de serviços e assessorias. Além disso, Manguinhos, em toda a sua história, fez algo que deve ser resgatado: foi um grande centro de elaboração de políticas alternativas, um grande centro de desenvolvimento da administração sanitária.

Companheiros, esta combinação é absolutamente revolucionária e inovadora: compor, no mesmo espaço, o conhecimento puro e o aplicado, a formação de recursos humanos em toda a sua dimensão, fábricas de produção de medicamentos, a possibilidade de incorporação de tecnologia e, ao mesmo tempo, ser o elemento gerador de políticas alternativas. Esse é o nosso desafio. Pretendemos, nesta administração retomar oque há de melhor na tradição, sem ter medo desta tradição; já que ela é simplesmente o conhecimento que, recuperado, nos guiará o futuro. Mas, pretendemos ao mesmo tempo, fazer com que a Fundação acompanhe os desafios que o desenvolvimento brasileiro recente nos coloca – as questões da ecologia, saúde do trabalhador, poluição ambiental, informática em saúde, economia da saúde etc. Não podemos mais nos dar ao luxo de gastar sem entender o que isso significa.

Enfim, gostaríamos, simplesmente, de reiterar, tornando isto claro a cada uma das pessoas que nos acompanharam nestes últimos dias, no caminho para a Presidência da Fiocruz: a gestão coletiva em Manguinhos representa a chegada desse movimento democrático à Presidência da Fundação Oswaldo Cruz; um movimento moderado, de pacificação, que pretende engrandecer todas as pessoas que estão aqui para o trabalho, para a produtividade e para essa gestão democrática. Somos daqueles que acreditam que a produtividade, a criatividade, a responsabilidade no trabalho se fazem muito mais a partir de um compromisso e do sentimento que cada um tem de ser participante de um projeto, do que a partir de qualquer tipo de mecanismo autoritário. Será a partir do respeito, do amor, da pacificação, da disciplina, mas da disciplina criativa, que vamos construir a nova Fundação Oswaldo Cruz; a partir de um trabalho coletivo que não estará contido nos muros de Manguinhos, que dependerá e muito de todos aqueles que estiverem fora, mas que estão esperando a nossa participação neste momento."

Demarcação de terras e saúde

Numerosas tribos indígenas vivem conflitos com os brancos por não possuírem suas terras oficialmente demarcadas. A solução deste problema está esboçada no Estatuto do Índio (Lei 6.001), aprovado em 1973, que previa a demarcação das áreas indígenas brasileiras no espaço de cinco anos. Mas isto não aconteceu.

Hoje, quase 12 anos depois, a situação continua praticamente a mesma: do total de 588 áreas indígenas existentes, 444 não estão ainda demarcadas e mesmo nas áreas demarcadas, que são hoje 124, apenas 71 não enfrentam um quadro de conflito fundiário.

A situação por região das terras indígenas no país, segundo levantamento feito pelo Conselho Indigenista Missionário, é a seguinte: na região Norte (Amazonas, Pará, Rondônia, Acre e Roraima), 90% das terras indígenas não foram ainda demarcadas, ou então já foram definidas, mas continuam enfrentando conflitos. Na região Centro-Oeste, esta porcentagem diminuiu para 81%; no Nordeste, o levantamento aponta 64% das terras demarcadas ou em conflitos; na região Leste, chega a 50% e no Sul do país, 85% das terras indígenas vivem esta situação de insegurança.

A indefinição dos limites destas áreas foi-se agravando com a crescente demanda por terras, no país. Implicação mais evidente nas regiões com maior desenvolvimento sócio-econômico. Já na Amazônia, a chegada constante de frentes pioneiras causou a invasão de várias áreas reconhecidas como "habitat" indígena, mas que não estão ainda demarcadas.

A situação se torna mais caótica devido à falta de decisão política, nos últimos anos, que impulsione a demarcação: conseqüência das constantes crises internas por que vêm passando o principal órgão do governo ligado à questão. A Funai, apenas no governo Figueiredo, conseguiu ter seis presidentes e se tornar completamente desprestigiada frente aos órgãos de desenvolvimento, que encaram a demarcação de áreas indígenas como entrave a determinados programas (posição – espera-se – a ser revista na Nova República). Muitos compartilham dessa opinião, como o sertanista Apoena Meireles: "A Funai acabou perdendo a credibilidade pública, até mesmo, entre os índios". Com isso, a demarcação das terras vem acontecendo, de modo aleatório, principalmente por duas vias. Primeiro, quando há imposição por parte de financiadores externos. O Banco Mundial para liberar o dinheiro relativo ao programa Polonoroeste exigiu a demarcação das terras indígenas implicadas; o mesmo Banco teve idêntica atuação com relação à liberação de recursos para a Campanha do Vale do Rio Doce. Segundo, quando os próprios índios se mobilizam e através de denúncias e, mesmo violência, exigem do governo a demarcação de suas áreas, como é o caso dos Apinajés.

Os Apinajés

Em janeiro de 85, os nove mil habitantes de Tocantinópolis, Município de Norte de Goiás, viveram um clima de grande tensão, temendo ataque dos mil índios que se encontram a 20km dali, na aldeia de São José.

Revoltados com a demora do Governo Federal em demarcar os 148,6 mil hectares das terras que consideraram suas, os 600 Apinajés decidiram iniciar os trabalhos de demarcação, por conta própria, apesar das ameaças recebidas de fazendeiros e posseiros que se encontravam na área. Como as possibilidades de conflito aumentavam, os índios Apinajés apoiados por lideranças de outras 12 tribos, declararam-se dispostos a ir à guerra contra brancos se a Funai e o GETAT (Grupo Executivo de Terras no Araguaia-Tocantins) não demarcassem, oficialmente, suas terras e as libertasse dos posseiros.

Na ocasião, já fevereiro de 85, o então presidente da Funai, Nelson Marabuto, conseguiu que o Governo Federal baixasse decreto fixando os limites da reserva indígena Apinajés, diminuindo assim a tensão na Região de Tocantinópolis. O decreto assinado pelo presidente Figueiredo não previa a área total da reserva, mas, segundo explicações do ex-ministro Andreazza, os Apinajés receberiam cerca de 140 mil hectares a serem demarcados a partir do final de fevereiro, por técnicos do exército. Hoje, com suas terras demarcadas, os Apinajés estão prestes a entrar em conflito com posseiros que insistem em não sair da reserva.

Mineração em terras indígenas

Assim, ter suas terras demarcadas não significa, para os índios, paz e tranqüilidade. São muitas as invasões e muitos os genocídios praticados por interesses econômicos que desprezam ou utilizam a fragilidade das comunidades índias perante a complexa sociedade brasileira. A invasão de suas terras em busca de jazidas minerais se tornou uma constante no Brasil, dispondo, às vezes, de verdadeiro aparato militar; como foi o caso de uma poderosa invasão às reservas Yanomani, no território de Roraima, contida, em 15/02/85, pela Polícia Militar e Polícia Federal: cinco aviões, 27 ônibus foram interceptados e presos 60 garimpeiros com uma tropa de 25 guardas fortemente armados inclusive de metralhadoras, pertencentes a uma empresa de segurança, que desejava reativar o garimpo da Serra de Surucucu, rico em cassiterita, ouro e diamante. Segundo Nelson Marabuto havia provável envolvimento da polícia de Manaus e de Boa Vista.

O mais perturbador é ver o estímulo a tais ações, ligadas diretamente aos interesses da empresas de mineração, dado pelo Governo Figueiredo, que, em 09/01/85, assinou decreto-lei autorizando explorações de jazidas minerais em terras indígenas. Esse decreto não deixou de burlar a constituição federal, o Estatuto do Índio e a própria declaração dos direitos humanos, que garantem o uso fruto pleno e exclusivo das riquesas naturais em seus territórios aos índios.

Contudo, a união da Funai às várias organizações de defesa de comunidades indígenas conseguiu sustar a publicação do decreto no dia 11/01/85, que foi enviado, posteriormente, para discussão mais aprofundada, ao Conselho de Segurança Nacional e Casa Civil.

Este acontecimento, um especial entre muitos, mostra que a existência de minerais nas reservas passa a ser ameaça de novas tragédias. Na declaração do Bispo prelado do Xingu, Dom Erwin Krautler, presidente do CIMI – Conselho Indigenista Missionário, garimpeiros e dinheiro significam "Bordunada fatal nas sociedades tribais. A comunidade se desestabiliza e não raras vezes as próprias lideranças se corrompem, sem falar dos vícios que o contínuo contato com a sociedade branca estimula". A experiência de atividades mineradoras executadas por não índios em territórios indígenas tem demonstrado resultados nocivos à sua existência: transmissão de doenças infecto-contagiosas, desestruturação da organização sócio-cultural, introdução de práticas de alcoolismo e prostituição, destruição do ecossistema dos "habitat" e até mesmo, extermínio físico em áreas onde os índios oferecem maior resistência à ação predatória de mineradores.

A não demarcação das terras e, por outro lado, a liberação da mineração em terras já demarcadas são táticas usadas por determinados interesses econômicos para que se perpetue a violação do patrimônio indígena, acelerando, assim, a destruição de sua identidade e mesmo de sua existência cultural. Assegurá-la, significa demarcar terras, retirar invasores, esquecer decretos duvidosos e implementar um desenvolvimento que respeite as diferenças étnicas e minoritárias. Neste sentido, talvez, a Funai ainda tenha um importante papel a cumprir.

Índio Cor-de-Rosa

Dentro desta perspectiva, procurando dinamizar e melhorar a qualidade da assistência à saúde da população indígena prestada pela Funai, é que, em reunião dias 17 e 18 de Janeiro, a Fundação Nacional do Índio e a Escola Nacional de Saúde Pública estabeleceram programa de cooperação nas áreas de saúde.

Através de contatos com representantes da Funai foram selecionadas duas áreas básicas, para a realização do convênio FUNAI/ENSP/FIOCRUZ, denominado "Índio Cor-de-Rosa". A primeira seria a Ilha do Bananal, habitada pelo povo Carajá. População considerada aculturada e há muito

tempo em contato com os brancos. Sua reserva está curiosamente dividida ao meio pela estrada Carajá-São Luís que passa por cima do cemitério Carajá: na parte Sul, fica o Parque Indígena do Araguaia; na parte Norte, fica o Parque Nacional do Araguaia (onde está situada a Ilha do Bananal).

A segunda área básica se localiza no Norte do Amazonas, habitada pelo povo Yanomani. Cerca de 17.000 índios, bem mais isolados de contato com os brancos, grandemente prejudicados pelas obras da rodovia perimetral Norte e invasões de garimpeiros que têm introduzido epidemias graves na população indígena.

A partir da visita ao Parque Nacional do Araguaia, no período de 4 a 10/02/85, foi elaborado projeto de atuação na Ilha do Bananal. A proposta de trabalho na reserva Yanomani será elaborada após viagem ao local.

Pelas condições de saúde precárias vividas por sete aldeias em sua maioria do grupo Carajá (em torno de 1.700 índios), a equipe de trabalho de saúde indígena na ENSP fez as seguintes propostas de cooperação à Funai: 1º) Avaliar o desenvolvimento dos programas e atividades de saúde oferecidas às comunidades; 2º) Capacitar pessoal de serviços nos componentes de atenção primária à Saúde, em particular o monitor-índio, com base na experiência da ENSP em treinamento de agentes de saúde; 3º) Diagnosticar a natureza, extensão e causas dos problemas nutricionais, identificado os hábitos alimentares e os fatores sociais intervenientes; 4º) Promover um inquérito epidemiológico-laboratorial, determinando os agentes patogênicos circulantes na comunidade, com a finalidade de estabelecer um programa racional de controle; 5º) Estudo clínico-epidemiológico sobre a freqüência e tipos de reações vacinais.

Por fim, nos diz o dr. Luis Fernando Ferreira – coordenador do projeto "Índio Cor-de-Rosa", que a equipe da ENSP está consciente da potência desagregadora dos valores índios inerentes às ações de saúde tradicionais. Para que isso não aconteça foi elaborada uma nova proposta onde a concepção de saúde/doença da população indígena será investigada, dando possibilidades à recuperação da memória da medicina índia, de transmissão oral, hoje, tão pouco valorizada pelos jovens das tribos.

Dr. Luiz Fernando ainda esclarece que o projeto de cooperação ENSP/FUNAI recebeu o nome de "Índio Cor-de-Rosa" em homenagem a Noel Nutels, médico, indigenista, que assim era chamado pelos índios devido a sua pigmentação rosada.

Carta ao Leitor

Depois de marchas e contra-marchas e vários meses sem notícias, eis que Súmula reaparece!

Talvez não seja o caso de pedirmos desculpas, mas seguramente cabe aqui uma explicação.

No último número, informamos aos nossos leitores sobre o processo de reorganização a que estamos submetidos. Dizemos estamos porque esse processo ainda não terminou, uma vez que se insere agora ao movimento mais amplo que engloba não apenas a Escola Nacional de Saúde Pública mas toda a Fundação Oswaldo Cruz.

A FIOCRUZ – como muitas outras instituições no país hoje – passa por um momento de intensa reorganização e renovação, conduzido pela nova presidência.

Essa nova direção foi nomeada após uma bela campanha que mobilizou não apenas todas as unidades internas da FIOCRUZ e várias outras instituições de ensino e pesquisa em saúde em todo o Brasil, como também os partidos políticos.

Engajados que estivemos nessa luta, pouco tempo sobrou para que o projeto caminhasse segundo o programado.

Paralelamente, na própria ENSP vivemos um processo muito enriquecedor de discussão interna e de liderança da campanha que elegeu Sergio Arouca, que significou o início de sua renovação.

Vencido o primeiro "round", estamos agora em plena atividade de re-início: temos novos diretores, novas chefias de Departamento, novos coordenadores (inclusive do RADIS) e caminhamos em busca da construção de uma nova ENSP/FIOCRUZ, em compasso com o novo momento nacional.

Súmula e Dados permanecerão, como já enunciado anteriormente e a proposta referida na Súmula 11 será mantida.

Pretendemos, a partir deste número, manter uma periodicidade bimestral, juntamente com Dados.

Esperamos ainda poder continuar contando com a compreensão de nossos leitores, que certamente poderão avaliar que os atrasos e descontinuidades de nossa publicação são fruto de um processo que extrapola a nossa possibilidade de controle imediato.

Agradecemos assim a dose de condescendência que possam nos dedicar.

IMUNOBIOLÓGICOS

Produção de vacinas entra em crise

Um dos aspectos mais relevantes a ser considerado quando se discute a questão dos imunobiológicos no país é a disponibilidade desses produtos para fazer frente às demandas ditadas pelas necessidades dos serviços de saúde, tanto para as atividades de rotina de vacinação, como para as medidas emergenciais exigidas pelo perigo de surtos e epidemias ou acidentes e calamidades que expõem a população ao maior risco de adoecer por enfermidades evitáveis por imunização.

Por um lado, existe o esforço dos serviços de saúde no sentido de cumprir as metas de cobertura vacinal através de programas continuados de imunização, campanhas, ou mesmo, por medidas eficientes de vigilância epidemiológica, e por outro, as dificuldades enfrentadas pelas unidades produtoras de imunobiológicos que não recebem os incentivos necessários para que possam atender às solicitações com adequado nível de realização qualitativa e quantitativa.

A partir de 1980 o Ministério da Saúde promoveu significativo aumento das atividades de vacinação no país, apoiando e estimulando as Secretarias Estaduais de Saúde a desenvolverem estratégias mais agressivas de ação com o objetivo de controlar, dentro do prazo mais curto possível, as doenças evitáveis por imunização. Em conseqüência, houve crescente demanda de imunobiológicos para atender às necessidades do Programa Nacional de Imunizações (PNI), o que requeria aumento da produção interna e maiores importações de vacinas antipólio e anti-sarampo, naquele momento não fabricadas no país. Por exemplo, para o cumprimento dos *dias nacionais de vacinação* contra a poliomielite, as necessidades de vacina aumentaram de 20 para 80 milhões de doses anuais (Relatório *Centro de Qualidade de Imunobiológicos*, 1985).

O aumento do número de situações críticas acarretadas pela falta de vacinas no país é cada vez mais comum e vai ganhando caráter de normalidade a ser enfrentada pelos que no dia-a-dia, trabalham em saúde pública.

Em Belo Horizonte (MG), o Estado recebeu apenas em março uma partida de vacina antitetânica, destinada às gestantes, que havia sido pedida ao Ministério da Saúde no começo do ano passado.

Problema semelhante aconteceu este ano em Recife, onde os estoques de vacina anti-rábica haviam-se esgotado, pois o laboratório farmacêutico do Estado – LAFEPE – havia parado de produzi-la no ano passado. A remessa solicitada ao Ministério chegou com atraso e aquém das necessidades.

Cada vez mais os jornais relatam casos semelhantes e denunciam o problema.

O descompasso entre a política que norteia o Programa Nacional de Imunizações e a que orienta o setor produtivo de imunobiológicos é evidente: definem-se metas ambiciosas de cobertura vacinal e promovem-se campanhas de vacinação, enquanto nos laboratórios conservam-se intactas estruturas funcionais imobilizadoras, investe-se pouco e de forma mal direcionada e não se conta com apoio adequado para a pesquisa e o desenvolvimento institucional.

Não se trata aqui de criticar aquelas medidas que visam a melhor proteção da população, cujo alcance social é inegável, mas, sim, de tentar identificar os pontos de estrangulamento e de conflito que impedem que os programas sejam cumpridos com êxito e que o setor de produção atinja níveis considerados razoáveis.

Como conseqüência da falta de incentivos apontada, os laboratórios se ressentem e apresentam sinais de deterioração e de capacidade ociosa. As recentes iniciativas de implementar um controle de qualidade dos imunobiológicos em nível nacional, medida de indiscutível prioridade, mostraram que o sistema de produção era precário e não resistiria, como de fato aconteceu, a uma análise crítica mais aprofundada. Por exemplo, relata Eduardo Leser (pesquisador na unidade produtora de vacinas Biomanguinhos da Fundação Oswaldo Cruz): "a obtenção do componente pertussis da vacina tríplice foi interrompida pois não eram preenchidos os requisitos mínimos de qualidade exigidos". "São necessários investimentos na tecnologia – continua Leser – e, coincidentemente, observa-se que pouco ou nada se fez seja na pesquisa básica ou na aplicada no campo da coqueluche nos últimos vinte anos no país".

Até 1981, o controle de qualidade dos imunobiológicos utilizado no país era feito exclusivamente em nível dos labotatórios produtores que em alguns casos, utilizavam-se de instituições internacionais para aferir a qualidade de seus produtos. Por exemplo, a Fundação Ataulpho de Paiva enviava periodicamente amostras de BCG intradérmico para o Serum Institute em Copenhage, Dinamarca.

A Central de Medicamento (CEME) que, desde 1974, exercia a coordenação da produção e do suprimento de imunobiológicos em nível nacional não chegou a instituir um sistema de controle de qualidade, o que sempre considerou ser responsabilidade do Ministério da Saúde, que por sua vez, não estava em condições de realizá-lo.

Atualmente, o Brasil compra no exterior duas entre as quatro vacinas que compõem o esquema básico de imunização da criança no seu primeiro ano de vida. As vacinas contra tuberculose (BCG) e anti-sarampo já estão sendo produzidas no país, mas a antipólio oral é totalmente importada, apesar da tecnologia básica para a sua fabricação já estar disponível no Brasil.

A necessidade de criação e implantação de um sistema de controle de qualidade de imunobiológicos em nível nacional se faz necessária pela detecção de problemas, tais como:

1. contaminação por fungos em vacinas importadas;
2. reações indesejáveis após aplicação de vacinas (toxóide tetânico e contra a coqueluche);
3. baixa potência de lotes de vacinas.

Embora seja fundamentalmente do produtor a responsabilidade pela qualidade dos imunobiológicos produzidos e fornecidos para o consumo, no Brasil, pelos problemas já apontados anteriormente e pela diversidade de fontes de suprimento, criou-se uma "instância técnica federal capaz de avaliar e fiscalizar a qualidade dos produtos, bem como de promover o desenvolvimento tecnológico da produção nacional, reduzindo as necessidades de importação e conferindo maior segurança à aplicação dos imunizantes na população".

As primeiras iniciativas para controlar a qualidade dos produtos incluiram a realização sistemática de provas de potência das vacinas antipólio e anti-rábica no Departamento de Virologia da FIOCRUZ. Com a criação do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS/FIOCRUZ) em setembro de 1981, esse controle ficou sob sua responsabilidade, sendo que, só a partir de 1984, passou a exercê-lo de forma mais rígida.

O Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), da Fundação Oswaldo Cruz, intensificou o trabalho de análise e constatou nos seus últimos levantamentos, aumento significativo de vacinas de baixa potência ou com contaminação microbiológica.

Foram inúmeros os problemas encontrados: há cerca de dois anos, constatou-se a contaminação de vacina antipólio, o que provocou a suspensão de uma campanha nacional já marcada. Outra vez, o Ministério suspendeu temporariamente a aplicação de vacina antituberculose. Nestes três anos, o Ministério teve de importar as vacinas tríplice, contra raiva e antitetânica pois foram detectados diferentes deficiências na produção nacional. Só no ano passado, 27% de toda a produção nacional de vacinas contra raiva foram condenadas por estarem fora das especificações exigidas no país.

Os técnicos reprovaram, também, no segundo semestre, 15 milhões de doses de vacinas tríplices importadas da Suíça, por serem tóxicas ao organismo.

A importância de uma potência relativamente alta exigida nas especificações nacionais deve-se, em grande parte, à deterioração que essas vacinas sofrem devido aos meios de transporte e dificuldades de armazenamento. Além disso, o aquecimento e o uso fora do prazo podem tornar ineficazes vários estoques. O controle tem sido feito lote a lote, abrangendo também as vacinas contra meningite, sarampo e soro antiofídico.

A questão que se coloca em discussão é que apenas o controle de qualidade centralizado não resolve os problemas apontados quanto às dificuldades enfrentadas em nível da produção, principalmente, se ficar restrito apenas ao veto dos produtos sem condições de serem utilizados.

Vale a pena lembrar que, no caso da produção dos imunobiológicos para uso humano, onde se assumem riscos de até 30% de insucessos, a política de preços é fixada baseada em um único comprador e boas vacinas, soros eficientes e reagentes confiáveis representam altos custos. Além disso, esses investimentos não atraem o setor privado, provocando mesmo a sua retirada da produção, uma vez que não atendem à lógica do lucro sobre a qual se fundamenta.

Por outro lado, o fato de uma única instituição centralizar e deter o poder de veto sobre os imunobiológicos utilizados no país, merece uma reflexão mais cuidadosa pela questão política que encerra a parcela de poder aí contida, dependendo do uso que dela se faça.

Exemplo disso foi o ocorrido recentemente às vésperas do início da campanha de vacinação anti-sarampo no Rio de Janeiro.

Sabia-se que o INCQS havia condenado três lotes de vacinas – equivalente a 122 mil doses – por

não apresentarem a estabilidade de temperatura exigida, o que favorecia a rápida perda de potência. Situação plenamente contornável dentro da rotina de qualificação de imunobiológicos do INCQS, através de não liberação dos lotes sem especificações.

Mas, dias antes da campanha, esse fato veio a público de forma insólita, devido à declaração do Diretor do Instituto, Eduardo Peixoto, na época demissionário, de que provavelmente essas doses ineficazes, pertencentes aos lotes condenados, haviam sido distribuídas aos postos do Estado. Atitude tomada com claro intuito de colocar em "xeque" e questionar a nova administração da Fundação Oswaldo Cruz, recentemente empossada e que prometia modificações na direção daquele Instituto.

Perguntado sobre a possibilidade desta distribuição, o chefe do Departamento de Epidemiologia da Secretaria do Estado do Rio de Janeiro, Cláudio Amaral, informou que os lotes estavam nos frigoríficos da Cibrazem, em Manguinhos, para quem quisesse ver. Ele disse ter estranhado a entrevista do então Diretor do INCQS, Eduardo Peixoto:

– Ao que parece, ele não conhece a rotina do Instituto que dirige. As vacinas só saem para o campo quando são aprovadas pelo controle de qualidade, que verifica três propriedades: potência, inocuidade e esterilidade. Se não existir uma delas, a vacina não é distribuída.

O novo presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Sergio Arouca, informou em nota oficial que os três lotes tiveram sua contraprova pedida desde janeiro, e também estranhava as dúvidas manifestadas por Eduardo Peixoto, "já que a fabricação, o controle de qualidade e distribuição de vacinas estavam sob a sua responsabilidade até o último dia 3 de maio".

No último dia 09 de maio, imunizou-se contra o sarampo cerca de 800 mil crianças no Estado. Foram postas à disposição da população um total de 1,1 milhão de doses em 2.350 postos de saúde, e o Dr. Eduardo Peixoto solicitou a sua exoneração do cargo de diretor do INCQS.

A crise no Butantã

Conhecido pelo pioneirismo na pesquisa em imunobiológicos, o Instituto Butantã, mantido pela Secretaria de Saúde de São Paulo, vive a constrangedora situação de recusar o fornecimento de produtos com os quais mais se identifica por absoluta falta de estoques. Nos últimos 20 anos, o Butantã foi obrigado a interromper projetos científicos importantes, da mesma forma que foi incapaz de alcançar, para o país, a auto-suficiência na produção de vacinas importantes, como a tríplice, por falta de verbas.

No Relatório *Produção Nacional de Antivenenos*, resultado da reunião realizada no Instituto Butantã de 09 a 10 de abril, atendendo à solicitação do Ministério da Saúde, este mesmo Instituto foi reconhecido e deverá ser credenciado como Centro de Referência de antivenenos. Cabe-lhe preliminarmente a padronização de normas e métodos de produção e controle de soros antipeçonhentos; a elaboração e distribuição, articulado com INCQS/FIOCRUZ, de padrões necessários à produção destes soros; a promoção de assessoria técnica; além do estímulo e desenvolvimento de estudos, pesquisas e a capacitação de recursos humanos em nível nacional em sua área de conhecimento. Tudo isso, contraditoriamente, esbarra com o orçamento para o Instituto no ano de 85 (Cr$ 10 bilhões e 500 milhões – não incluso o pagamento dos 1200 funcionários), que representa, em valores reais, uma redução de 90% em relação ao do ano passado, já na época bastante insuficiente.

Conseqüentemente a oferta de soros há de se ressentir pois, além dos institutos públicos perderem verbas, essa carência é agravada pela retirada da empresa privada do mercado de imunobiológicos e pela desativação ou baixa produção de outros institutos congêneres no país. O Instituto Vital Brazil (Niterói-RJ), por exemplo, mesmo mantendo baixa produção de soros antipeçonhentos (10.000 ampolas anuais), continua com dificuldades financeiras que comprometerão a sua meta de fabricar dez milhões de doses de vacinas antitetânicas que deveriam ser utilizadas este ano pelo setor público.

O Butantã fica, assim, responsável por 90% da produção de soros antipeçonhentos do país. De que forma? Dos nove soros antipeçonhentos (seis contra cobras, dois contra aranhas e um soro contra escorpião), o Butantã não produziu um frasco sequer de cinco deles em 1984. Na administração da carência, o Instituto optou por fabricar os soros mais usuais, como o antibotrópico (que abrange 90% dos casos de picadas de cobra) ou o antiofídico polivalente (que abrange 99% dos casos). A diferença entre a oferta e a procura destes soros é tão grande que é praticamente impossível se quantificar a produção capaz de atender a todo o país. Segundo o relatório *Produção Nacional de Antivenenos* seriam necessárias inicialmente 500.000 ampolas anuais, sendo: 300.000 ampolas do Instituto Butantã; 150.000 ampolas da Fundação Ezequiel Dias; 50.000 utilizando manobras de "operação tartaruga" para a produção de soros antipeçonhentos. Eles reivindicam INPC integral, trimestralidade, piso de 2,5 salários mínimos, adicional por insalubridade e risco de vida de 20% a 40%, e ainda 47,7% de reposição salarial, elenco esse que nos aponta as condições de trabalho a que estão submetidos.

Atualmente encontra-se na Secretaria de Planejamento da Presidência da República a solicitação de liberação de verba suplementar para a produção de soros antiofídicos no valor de Cr$ 128.915,13 ORTN, que correspondem a Cr$ ... 18,4 bilhões de cruzeiros (calculados com valores de maio). Essa verba estaria destinada à Fundação Ezequiel Dias – 89.645 ORTN (Cr$ 3,4 bilhões de cruzeiros) – e ao Instituto Butantã – 392670,13 ORTN (Cr$ 15 bilhões de cruzeiros), resolveria apenas o problema urgente da produção desses soros. O ano passado todos os laboratórios produtores fizeram uma solicitação global de Cr$ 30 bilhões de cruzeiros que, entretanto, nunca chegou a ser atendida.

A PRODUÇÃO BUTANTÃ	Total de unidades nos últimos 4 anos (1981 a 1984)	Total de unidades produzidas em 1984
Soros específicos (Em número de ampolas)		
Soro Antibotrópico	68.970	4.435
Soro Anticrotálico	290.215	–
Soro Antiofídico (Polivalente)	204.000	–
Soro Antielapídeo	15.789	–
Soro Antilaquético	5.099	–
Soro Antibotrópico-laquético	8.109	–
Soro Antiaracnídico (Polivalente)	18.896	2.617
Soro Antiescorpiônico	49.284	–
Soro Antioxoscélico	3.381	3.381
Soro Antidiftérico	18.802	–
Soro Antitetânico	26.413	–
Soro Antitetânico-veterinário	–	–
Soro antigangrenoso	351	351
Soro Anti-rábico	28.023	2.190
Soro Antibotulínico "A"	–	–
Soro Antibotulínico "B"	–	–
Soro Antibotulínico "AB"	–	–
Soro normal para os meios de cultura	1.977	781
Vacinas (Em número de doses)		
Toxóide tetânico	8.699.688	3.149.345
Toxóide diftérico	–	–
Vacina pertussis	75.576	–
Vacina dupla (DT) uso adulto	7.666.880	2.435.639
Vacina dupla (DT) uso infantil	2.225.464	164.635
Vacina tríplice (DTP)	13.945.285	2.766.129
Anatoxina estafilocócica	12.216	–
Vacina BCG concentrada oral (Onco BCG)	3.014.076	857.196
Vacina BCG oral	–	131.500
Vacina BCG intradérmica	2.472.600	–
Vacina contra a febre tifóide	221.088	–
Vacina contra cólera	76.504	22.457
Vacina contra a varíola (vírus atenuado)	115.025	115.025
Vacina contra febre maculosa	5.496	3.044
Vacina contra a raiva – uso humano (vírus inativado)	2.987.708	664.460
Vacina contra a gripe (vírus inativado)	57.016	9.878
Antígeno Pertussis Tetânico	30.300	3.894

Jornal do Brasil 03/03/85

ABORTO

Por ano, morrem de 200 a 300 mil brasileiras

Ocorrem por ano, no Brasil, cerca de 3 milhões e 500 mil abortos provocados, o que corresponde a 10% do total mundial, segundo a Organização Mundial da Saúde. A OMS acredita ainda que, anualmente, de 200 a 300 mil brasileiras morrem em coseqüência de aborto provocado.

Mesmo assim, para a profª Hildete Pereira de Melo (FEA-UFF), as seqüelas de aborto apresentam taxas de mortalidade inferiores às de parto normal ou cesariana. Para a pesquisadora, isso vem confirmar "a tese de que o aborto é um ato cirúrgico bem menos arriscado que o próprio parto."

Estatísticas

Discutir a questão do aborto esbarra sempre no problema de como estimar suas taxas. Sua ilegalidade torna impossível a obtenção de estatísticas diretas, o que traz para o cálculo probalístico insuficiências de difícil superação. Em conseqüência, esse fato compromete a confiabilidade dos dados disponíveis e dificulta a formação de distinções importantes, tais como a discriminação das taxas por tipo de aborto (legais, ilegais e espontâneos). Mesmo assim, baseando-se em aproximações e respeitando-se limitações, é possível pesquisa de dados e formulação de estatísticas com um mínimo aceitável de precisão.

Um dos modelos simplificados para se estimar as taxas de aborto provocado baseia-se no nº de partos, no nº de mulheres em idade fértil, na taxa de fecundidade estimada e no cálculo, mais ou menos subjetivo, com base na experiência de outros países, de uma taxa natural de abortos, segundo João Lizardo de Araújo, profº da Coppe/UFRJ.

Assim, subtraindo-se da taxa de fecundação (estimada) a soma de partos com abortos naturais (estimado), será possível obter o número de abortos provocados. Foi através de modelos deste tipo que a OMS chegou ao cálculo de cerca de 3 milhões e 500 mil abortos provocados por ano no Brasil.

Sequelas

Patrocinado pela Fundação Carlos Chagas e pelo Inamps, o trabalho da drª Hildete Pereira de Melo, *Seqüelas do aborto – custo implicações sociais*, é outra fonte de estatísticas no Brasil. A pesquisa baseou-se na análise de dados especiais fornecidos pela Dataprev coletados das guias de internação hospitalar e Contas Hospitalares de seguradas internadas em processo de abortamento nos hospitais contratados pelo INAMPS no período de 1979 e 1980.

Apesar das mulheres atendidas na rede própria do INAMPS e na rede conveniada não estarem incluídas nesse estudo por falta de dados específicos no arquivo da Dataprev, a prof. Hildete pode constatar que as "seqüelas de aborto levantadas correspondem a 1,7% das internações realizadas pelo INAMPS", e que, relacionando as internações devido ao aborto com o total de internações dos segurados do INAMPS, no Brasil, o aborto corresponde a aproximadamente 2% de internações de todas as instituições, sendo que o Sudeste e o Nordeste apresentam as maiores parcelas.

Pela pesquisa se percebe que a ocorrência de seqüelas de aborto estão concentradas principalmente na faixa de 18 a 24 anos com uma taxa de 32,2% no período. A faixa etária de 12 a 17 anos (adolescentes), embora com peso relativo pequeno (4%), demonstra uma iniciação sexual precoce, sobretudo nos estados do Sul e Centro-oeste. Do total das pacientes atendidas, o grupo *esposas* é majoritário (57%). A mortalidade devido à curetagem pós-aborto foi de 2 em 10 mil em 1979 a 1 (um) em 10 mil em 1980, que caracteriza mais ou menos a média nacional. "Os gastos com seqüelas de aborto atingem 2% do total das despesas com a assistência médica hospitalar de todas as clínicas do Instituto no Brasil".

Num exame da situação, no país, a pesquisadora conclui que "a interrupção voluntária da gravidez, do ponto de vista das beneficiárias que procuram o INAMPS em processo de abortamento, é, na maioria das vezes, realizada antes da viabilidade fetal, sob a responsabilidade da mulher que decide não ter o filho em condições desfavoráveis para ela e prejudiciais para o futuro desenvolvimento da criança, independente da legislação punitiva em vigor no país".

A legislação atual permite a prática de aborto em apenas dois casos: gravidez em conseqüência de estupro ou com risco de vida para a mãe. Está em vias de aprovação os casos denominados de *aborto piedoso*, que são praticados por risco de deformação do feto. Porém, no entender da profª Hildete e do movimento feminista, apenas a total descriminalização do aborto respeita o direito da mulher em decidir sobre sua maternidade e torna possível o equacionamento de vários aspectos do problema em questão, revelando o que a clandestinidade esconde: o cadastro de clínicas ilegais; problemas físicos, sociais, psíquicos sofridos pelas mulheres; as doenças, infecções, mortes; a exploração de homens e mulheres; a irresponsabilidade masculina em assumir a paternidade; os abusos econômicos e a prática criminosa de uma medicina sem controle e segurança em termos de risco para a saúde da mulher.

A última tentativa de mudança substancial na legislação punitiva de aborto foi feita em meados de 84 pela deputada Cristina Tavares. Seu projeto de lei assegurava a prática do aborto nos seguintes casos: quando a gravidez determinasse perigo de vida ou de saúde física ou psíquica da gestante; quando a gravidez estivesse relacionada com crime contra os costumes; em razão de enfermidade grave que pudesse comprometer definitivamente a saúde da criança ao nascer; quando as condições sócio-econômicas e familiares da gestante não permitissem que ela pudesse atender às exigências do prosseguimento da gravidez e nem prover, mais tarde, as necessidades alimentares do filho. Este projeto foi rejeitado por *unanimidade*, pela Comissão de Constituição e Justiça da Câmara de Deputados.

A situação, para as feministas, é clara: "o interesse dos estados patriarcais – declaram em seu documento sobre o aborto – ao criminalizarem o aborto enquanto possibilidade disponível a todas nós quando os métodos contraceptivos falham, é o de controlar os nossos corpos". Mais adiante: "Além das mortes e danos causados devido principalmente a sua prática clandestina, acreditamos que é exatamente esta situação de proibição e criminalização que acarreta traumas, vergonhas e sentimentos de culpa em nós mulheres". Na opinião das feministas, uma nova legislação sobre o assunto deverá punir o aborto somente quando provocado contra a vontade da mulher e regulamentar a prática abortiva, que ficará a cargo da rede pública do INAMPS e dos serviços médico-assistenciais privados.

Mas as mulheres sabem que, para chegar a este ponto, é necessário ainda no Brasil, um longo e difícil percurso. Mesmo em países onde o aborto é praticamente livre, as resistências continuam. Nos EUA, por exemplo, apoiados pela política conservadora do governo Reagan, grupos antiabortivos praticam inclusive atos terroristas, explodindo clínicas especializadas e matando médicos, enfermeiros e mães. A veiculação de filmes em cadeia nacional e internacional também é comum, como a fita "Grito silencioso" em que determinado médico, antes favorável ao abortamento, filma um aborto por aspiração, tentando provar a dor do feto e mesmo um "grito" deste antes de sua retirada do útero. Marta Suplicy comentou o filme, que foi transmitido para todo o Brasil por várias emissoras, afirmando que ele "não prova *cientificamente* nada do que se propõe. Mas tem êxito na culpa que desencadeia nas mulheres e é fantástico na manipulação do emocional (. . .) Qual o significado do filme? É uma campanha contra o abortamento ou uma campanha conservadora mais ampla?" Política conservadora, em que se posicionar contra o aborto se constitui num dos muitos canais para sua efetivação.

Planejamento Familiar

Junto a isso, certamente, a campanha pelo aborto livre não lida mais e somente com o questionamento e manutenção do poder masculino. Hoje, desemboca em áreas talvez mais polêmicas, que causam divergências entre as feministas: é a questão do relacionamento estado e aumento populacional, atualizada em planejamentos familiares oficiais; programas de controle de natalidade presididos pelo aparato estatal; planos de assistência à saúde da mulher, questões que no Brasil começam a se esboçar. Foi assim que em fevereiro de 84, o Governo Federal iniciou o PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher) – ver Súmula 11 – que assume oficialmente a distribuição de contraceptivos, tipo DIU de cobre (antes feita clandestina e indiscriminadamente por organizações estrangeiras, como a BENFAM), associado ao fornecimento de informações sobre anticoncepção e gestação às mulheres que participaram do programa.

Em funcionamento em nível quase experimental em alguns postos do INAMPS, o programa promete se ampliar. As feministas

mostram-se favoráveis desde que se efetive ações necessárias para o estabelecimento de um programa consistente e eficaz que respeite o direito da mulher de decidir sobre suas maternidade; promova condições de saúde e trabalho adequados durante a gestação e condições de vida dignas para cada mulher trabalhadora ter e criar os filhos que desejar; obtenha a discriminalidade do aborto; combata as esterilizações forçadas ou induzidas e, finalmente, promova programas de educação para a saúde na área do planejamento familiar, "onde a reprodução seja analisada dentro do contexto da sexualidade, interligando o erotismo, a paixão, a sexualidade amorosa e a reprodução," conclui a prof. Hildete.

Com relação aos profissionais de saúde, porém, as resistências ao novo programa do Governo são muito maiores. Como afirma o dr. José Teubner Ferreira, diretor do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais:

"Com os recursos que o Governo destina à área de Saúde, percebe-se a impossibilidade de dar uma assistência médica decente e de manter um nível ambulatorial com exame ginecológico. A maioria das mulheres não sofre a palpação das mamas nos seus exames. Como podemos implantar qualquer tipo de programa sem a melhoria da rede ambulatorial? É cinismo e hipocrisia do Governo falar num programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher sem oferecer recursos, sem montar rede ambulatorial, sem montar mesa ginecológica e sem contratar recursos humanos para isso."

"Em 1973 teve início a distribuição de pílula. Hoje já existe o DIU à venda nas farmácias, com apresentação de receita médica. Entretanto, submeter mulheres carentes ao uso do DIU é aumentar um problema que já apresentam, o da anemia, pois ficou demonstrado, em documentos do próprio Ministério da Saúde, que o DIU aumenta de 80 a 100% o sangramento menstrual. Implantar um DIU sem exame ginecológico adequado e sem supervisão é submeter essas mulheres a um alto risco, "concluiu o médico.

Preocupado com o problema, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro promoveu debate sobre controle da natalidade e manifestou-se sobre o assunto. Para o Cremerj, a atual situação demográfica e econômica em nosso País "não é um testemunho a favor de práticas controlacionistas. Ela mostra unicamente que o desordenado crescimento da população decorre do atraso da estrutura social-econômica acumulado nesses últimos anos."

Após lembrar que "os resultados dos projetos antinatalistas são sumamente limitados, pouco sólidos, facilmente reversíveis," o Cremerj destaca que, em 80 países onde foram implantados projetos desta natureza, os programas fracassaram, "deixando de cumprir o seu objetivo básico de diminuir o número de nascimentos entre os pobres."

"Na realidade, o Planejamento Familiar é apenas um eufemismo do Controle da Natalidade que esconde, claramente, uma posição controlista do nosso Governo e das entidades externas que hoje influenciam a política nacional," declarou o presidente em exercício do Cremerj, Eduardo Arguelles.

Após contestar "a prática controlista imposta à sociedade brasileira através de exigências do FMI," o Conselho manifestou sua crença de que "uma justa distribuição de renda, substancial elevação dos salários, pagamento igual à mulher por idêntico trabalho do homem, creches nas fábricas, saneamento básico, democracia plena com eleições livres tornam desnecessários os programas de natalidade. (...) Numa sociedade justa, com elevação do padrão de vida, a natalidade obedecerá ao próprio desenvolvimento social-econômico-político."

No Rio de Janeiro, uma derrota

Uma das últimas tentativas de modificações na legislação do aborto, em níveis estadual, ocorreu no Rio de Janeiro.

No início do ano, a feminista Comba Marques Porto escrevia: "O movimento feminista obteve uma importante vitória". Isso, porque o Governador Leonel Brizola havia sancionado a Lei 832, de autoria da deputada estadual Lúcia Arruda (PT), que obrigava a rede de serviços de saúde do Estado a atender pacientes para a prática de aborto, nos casos previstos em lei (estupro e risco de vida para mãe). A obrigatoriedade havia conseguido parecer favorável inclusive da Secretaria de Saúde. O Secretário do Estado, Eduardo Costa, manifestou a crença de que, assim, o Rio de Janeiro teria uma estatística de tais casos, até agora, como se sabe, inexistente.

No final do mês de janeiro, contudo, através de nota oficiais, o Cardeal Eugênio Sales condenou, veementemente, o projeto de Lei 832 afirmando ser o aborto, "sinal claro da degenerescência de uma civilização, assim como um termômetro, e nem por isto os homens de bem devem deixar de protestar e reagir". Ele considerou a lei "iníqua, que enodoa o legislador e todo aquele que contribui para executá-la".

Aceitando a pressão católica, o Governador, no início de abril, enviou mensagem do executivo revogando a Lei 832 e descaracterizando a regulamentação da mesma feita pelo Secretário Eduardo Costa em janeiro. A votação da mensagem por pouco não foi derrotada e, graças à ação estratégica da liderança do PDT, o deputado Flores da Cunha conseguiu apresentar emenda para obrigar nova votação, dando condições para que o partido do Governador negociasse e conseguisse a revogação da lei.

No dia 09 de maio, a Lei 832 foi revogada pela Assembléia Legislativa após votação tumultuada que conseguiu encher as galerias, dividindo a platéia. Com faixas e cartazes, um grupo gritava palavras de ordem a favor da lei. Outro grupo bradava furioso "contra a lei abortiva". O deputado Flores da Cunha exibia uma pilha de papéis que constituíam, segundo ele, um documento com 200 mil assinaturas contra a lei. As folhas do abaixo-assinado, entretanto, mostravam o carimbo das paróquias da cidade e o texto perguntava se a pessoa, em sã consciência cristã, era a favor da Lei 832, que se "referia à prática do crime do aborto", questão, no mínimo, capciosa com relação ao texto do projeto.

Votaram 43 deputados, 36 a favor da revogação e sete contra.

Súmula é uma publicação do projeto REUNIÃO, ANÁLISE E DIFUSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE (RADIS), desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, com apoio da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). As opiniões aqui expressas não representam necessariamente a posição oficial da instituição. Colaboraram neste número: Célia Maria de Almeida (Coordenadora do projeto), Sergio Luiz Dias Portella, Marta Gomes da Fonseca, Sergio Goes de Paula, Ana Maria Palma, Sarah Escorel, Pedro Ribeiro Barbosa, Nilson do Rosário Costa, Jorge Bermudes e Eduardo Leser.

Diagramação, Produção Gráfica e Impressão: Escola Nacional de Saúde Pública, Programa de Educação Continuada.

DISTRIBUIÇÃO DIRIGIDA.

Os interessados em receber esta publicação devem dirigir-se ao Projeto RADIS – Rua Leopoldo Bulhões, 1480-21.041 – Rio de Janeiro. Súmula 12 é uma documentação resumida dos principais fatos relevantes para a área de saúde, registrados nas seguintes fontes: O ESTADO DE SÃO PAULO, FOLHA DE SÃO PAULO, GAZETA MERCANTIL, JORNAL DO BRASIL, O GLOBO, ISTO É, VEJA, JORNAL DO PAÍS, ÚLTIMA HORA, publicações abrangidas pelo boletim de recortes do INAMPS e pelo serviço de recortes do Ministério da Saúde, além de outros textos elaborados por profissionais da área de saúde.

Reunião, Análise, Difusão de Informação sobre Saúde

RADIS súmula 12

Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

Ano II/Junho de 1985

REFORMA MINISTERIAL

Unificação em debate

Há alguns anos encontram-se, no bojo das discussões sobre a Política de Saúde, propostas que apontam no sentido da constituição de um Sistema Único de Saúde, que resolvesse questões fundamentais colocadas pela separação histórica assistência médica/ações preventivas, e que possibilitasse um melhor atendimento de saúde à população.

Esse debate atravessou várias conjunturas, desde a reorganização do setor pretendida através de um instrumento legal (lei do Sistema Nacional de Saúde – 1975), até desembocar no momento que ora vivemos, onde as questões dos direitos da população, dos deveres do Estado e da participação democrática norteiam e balisam as propostas de reorganização e reformulação setorial.

Nunca antes, entretanto, a atualização desse debate foi mais urgente. Com a posse do novo governo, a criação do sistema único, traduzida pela unificação das instituições especificamente ligadas à saúde sob a égide de um único Ministério, é assunto da maior importância na pauta política.

A comissão que elaborou o programa de ação do Governo Tancredo Neves, conhecida como COPAG, havia feito as seguintes sugestões quanto à unificação do sistema de saúde:

a) Organizar o Ministério da Saúde para que possa efetivamente ser o coordenador do setor, vinculando a ele o INAMPS e a CEME, sem alterar entretanto o caráter previdenciário desses órgãos. Essa transferência seria executada pelo Poder Executivo, através de decreto presidencial.
b) Descentralizar o poder decisório no que toca à gestão dos recursos financeiros, privilegiando as respectivas instâncias federais, estaduais e regionais, e democratizar essa gerência através da instituição de conselhos deliberativos constituídos por representantes dos trabalhadores, dos empregadores, dos profissionais de Saúde e do Estado.
c) Fixar os recursos do SIMPAS a serem destinados ao INAMPS em pelo menos 25% (o que representa a média da tendência histórica dos gastos da Previdência com a assistência à saúde).
d) Melhorar e ampliar a capacidade instalada.
e) Transformar a CEME em empresa pública, retomando seu caráter de promotora da pesquisa no setor de insumos básicos para a produção de produtos farmacêuticos.
f) Destinar maior parcela de recursos arrecadados por impostos para os gastos em saúde, visando a atingir 80% do PIB no quadriênio.

A Proposta do Ministério da Saúde

O básico das propostas da COPAG estão em concordância com aquelas feitas pelo Ministro da Saúde, Deputado Carlos Sant' Anna, que afirma a necessidade de repensar toda a saúde no Brasil, colocando-a como um direito da cidadania. O novo Ministro disse que sua administração buscará prevenir doenças e promover o bem-estar e tem, também, como prioridade a extensão da assistência médica a toda a população.

Segundo o Ministro da Saúde é dever do Estado universalizar a assistência à saúde, de tal modo que todo brasileiro, de qualquer canto do país tenha a mesma qualidade de atendimento.

Para isso, considera necessário definir critérios para alocação de recursos, levando em conta as necessidades de saúde do país como um todo. Lembra ser o Brasil um país pobre com perfil nosológico que requer serviços de saúde que atendam a diversos níveis de necessidades, distribuídos de forma igualitária e acessível. O que se gasta hoje com procedimentos mais sofisticados, como hemodiálise ou tomografias computadorizadas, voltados para o atendimentos de populações urbanas de maior renda, supera em muito os gastos com serviços destinados aos atendimentos de necessidades básicas de saúde.

Dentro desta perspectiva, o Ministro considera imprescindível a integração de todos os serviços de saúde prestados em níveis municipal, estadual e federal, de modo a criar um sistema único no país. Nesta perspectiva, a transferência do INAMPS e da CEME se coloca como fundamental: "Como o Ministério da Saúde pode definir a Política Nacional de Saúde se a assistência médica é feita por outro Ministério?" – indaga Carlos Sant'Anna. Explicou que, ao longo dos anos, "as ações de saúde ficaram fragmentadas". As atribuições do Ministério da Saúde, definidas por lei, se concentram em ações preventivas e cuidados básicos de saúde; ao Ministério da Previdência e Assistência Social compete a assistência médica e a política de medicamentos; os hospitais universitários são do Ministério da Educação, o Saneamento Básico está a cargo do Ministério do Interior e a Medicina do Trabalho, do Ministério do Trabalho. São responsabilidades do Ministério da Saúde ainda a pesquisa científica (FIOCRUZ), algumas ações de assistência à saúde, principalmente no Amazônia e nas fronteiras (FSESP), e o combate às endemias, a cargo da SUCAM.

Como está a Previdência

Para o Ministério da Previdência Social, Waldir Pires, a questão da unificação requer uma reflexão cuidadosa. Afirma que, antes de qualquer aprovação pelo Congresso, o projeto unificador "deve ser discutido pelas entidades médicas, sindicatos de trabalhadores, empresários e pela inteligência nacional", além de merecer ser objeto de discussão em nível da Assembléia Nacional Constituinte, pois uma reformulação desse porte implica em modificações profundas na atual estrutura e envolve tomadas de decisão que dizem respeito aos direitos conquistados pelos próprios previdenciários. Não a rejeita a princípio, mas defende que mesmo envolvendo aspectos técnicos da maior relevância o assunto exige uma decisão, sobretudo, política.

A realidade que enfrenta no Ministério da Previdência e Assistência Social é bastante árdua. Nos primeiros meses de governo, dedicou-se a desvendar o número real do rombo do sistema previdenciário, que até o final do ano chegará aos Cr$ 8 trilhões (em vez dos 1,9 trilhões anunciados por seu antecessor, Jarbas Passarinho), e a conferir os volumosos números da Previdência Social e o seu sistema de controle de informações e de contas.

Para inaugurar o novo cargo, Waldir Pires recebeu, no primeiro dia de governo, a visita do superintendente da Polícia Federal de São Paulo, Delegado Romeu Tuma, acompanhado do diretor-geral do Departamento de Polícia Federal e começou a se familiarizar com um dos maiores pesadelos do Ministério: as fraudes contra o INAMPS e o INPS – que ultrapassam Cr$ 1 trilhão – e o rombo do sistema.